

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**„Aktywny Senior 2024”**

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

I. DANE KANDYDATA/KI DO PROGRAMU		
Imię		
Nazwisko		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL		
Data urodzenia (dotyczy osób nieposiadających numeru PESEL)		
Wiek ( należy podać pełne lata i miesiące na dzień składania formularza)	..... lat ..... miesięcy	
E-mail		
Telefon kontaktowy		
Adres zamieszkania	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Powiat	
	Województwo	
Jestem zainteresowany udziałem w:	<input type="checkbox"/> WARSZTATY BEZPIECZNY SENIOR <input type="checkbox"/> WYCIECZKA DO OŚRODKA EDUKACJI PRZYRODNICZEJ „ZIOŁOWY ZAKĄTEK” <input type="checkbox"/> WARSZTATY TEATRALNE <input type="checkbox"/> ZAJĘCIA PT. SIŁOWNIA PAMIĘCI <input type="checkbox"/> METAMORFOZY SENIORÓW- PIĘKNO NIE ZNA WIEKU	

**II. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU:**

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Aktywny Senior 2024”
2. Zapoznałam/-łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Aktywny Senior 2024” akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałam/łam poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego.
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o programie pocztą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust.2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji programu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Aktywny Senior 2024”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w ww. Projekcie ( W przypadku ich niepodania, osoba nie będzie mogła wziąć w nim udziału).
8. Administratorem moich danych osobowych jest Zakład Doskonalenia Zawodowego w Warszawie, ul Podwale 13, 00-252 Warszawa, NIP 526-025-13-74.
9. Z Administratorem można skontaktować się : telefonicznie (22 831 83 48); pocztą elektroniczną ([info@zdz.edu.pl](mailto:info@zdz.edu.pl)); pisemnie, przysyłając korespondencję (Zakład Doskonalenia Zawodowego w Warszawie, ul Podwale 13, 00-252 Warszawa, NIP 526-025-13-74).
10. Wiarygodność złożonych przeze mnie danych, oświadczeń i zobowiązań stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 297 §1 i 2 k.k.

Czytelny podpis kandydata :

Miejscowość i data :

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE KWALIFIKACJI KANDYDATA DO PROGRAMU** (wypełnia Organizator)

<b>Data wpływu:</b>	<b>Numer zgłoszenia:</b>	<b>Podpis przyjmującego zgłoszenie:</b>
<b>Wynik postępowania rekrutacyjnego</b>	<input type="checkbox"/> spełnia wymogi formalne <input type="checkbox"/> nie spełnia wymogów formalnych	<input type="checkbox"/> zakwalifikowany/a <input type="checkbox"/> niezakwalifikowany/a
<b>Imię, nazwisko i podpis koordynatora projektu:</b>		
<b>Miejscowość, data:</b>	Siedlce,	